

Le Mercredi des Enfants

Dossier d'inscription Accueil de Loisirs sans Hébergement – juillet 2013

- fiche d'inscription / fiche de renseignement (ci-jointe)
- Fiche sanitaire de liaison remplie et signée par le responsable légal (ci-jointe)
- Document attestant que l'enfant a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations (ou photocopie du carnet de santé)

et si vous souhaitez bénéficier de l'application d'une tarification en fonction de votre revenu :

- attestation CAF justifiant du quotient familial pour les allocataires CAF.
- dernières feuilles d'impositions des parents pour les allocataires MSA ou autre.

L'accueil de loisirs de la MJC est agréé par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Population – Pôle Jeunesse et des Sports, il est donc soumis à la réglementation en vigueur, c'est pourquoi nous vous demandons ces renseignements et documents. La MJC est tenue à une obligation de discrétion et s'assure donc du respect de la confidentialité des informations fournies.

Tarif ALSH Juillet 2013

	QF>1500€	1500>QF>800	800>QF>650	QF<650€
1/2 journée	5.57	4.71	3.86	3
Semaine (1/2 journée)	27.85	23.55	19.3	15
Semaine (journée sans repas)	51.40	42.85	34.30	30

Adhésion 8 €

Le Mercredi des Enfants

Inscription Accueil de Loisirs sans Hébergement – Juillet 2013

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Adresse principale : _____

_____ Date de Naissance _____

Enfants 6/14 ans Inscription à la ½ journée – matin et/ou après-midi (sans repas)

	Matin	Après-midi
Semaine 1 8-12 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 15-19 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 3 22-26 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reçu le

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT : (Père, Mère ou Tuteur)

Nom du Père : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Domicile : _____ Tél Portable : _____

Adresse mail : _____

Employeur : _____

Profession : _____ Tél Travail : _____

(si père absent au foyer, inscrire : père absent)

Nom de la Mère : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Domicile : _____ Tél Portable : _____

Adresse mail : _____

Employeur : _____

Profession : _____ Tél Travail : _____

(si mère absente au foyer, inscrire : mère absente)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Allocataire : CAF MSA

N°Allocataire : _____ Montant Quotient familial : _____

Autres personnes susceptibles d'accompagner l'enfant : Nom, Prénom, N°Tel, qualité

Medecin traitant : _____ Tél : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné (préciser Nom et Prénom) _____

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs OUI NON

- autorise mon enfant à arriver seul OUI NON

- autorise mon enfant à partir seul OUI NON

un enfant est considéré autorisé à arriver ou à partir seul si l'adulte l'accompagnant ne pénètre pas dans le lieu "ACCUEIL ENFANT"

- autorise les responsables de la MJC, à prendre, sur avis médical, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention médicale ou chirurgicale) OUI NON

- autorise les animateurs et responsables de la MJC à photographier / filmer mon enfant et à utiliser les images pour des supports de communication de la MJC OUI NON

Fait à _____ le _____ Signature _____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....